Angaben zur Berufstätigkeit ab

1. ☐ Arzt / Ärztin ☐ Zahnarzt / Zahnärztin ☐ Tierarzt / Tierärztin

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Akademischer Grad _____ Approbation am _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Ort der Berufsausübung _____
(Bitte ausfüllen und Postleitzahl angeben, sofern vom Wohnort abweichend)

Telefonisch tagsüber erreichbar unter (freiwillige Angabe) _____

2. ☐ **Berufsbezogene Tätigkeit im Angestelltenverhältnis**
ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich

Berufliche Stellung _____
(Chef-, Ober-, Assistenz-, Werks-, Vertrauensarzt, etc.)

seit / vom _____ bis _____

☐ **Berufsfremde Tätigkeit im Angestelltenverhältnis**

als _____

seit / vom _____ bis _____

Arbeitgeber _____

Bruttoarbeitsentgelt monatlich _____ EUR
(ungefähre Angaben sind zunächst ausreichend)

Arbeitsstätte _____

Erhalten Sie Arbeitgeberanteile zu den Beiträgen zur Bayerischen Ärzteversorgung? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Altersteilzeit vom _____ bis _____ ☐ Kurzarbeitergeld vom _____ bis _____

3. **Grundwehr- / Zivildienst; Beamten- / Soldatenverhältnis *)**

☐ Grundwehr- / Zivildienst / Wehr- / Eignungsübung *) vom _____ bis _____

Ruht Ihr Arbeitsverhältnis während der Ableistung des Grundwehr- / Zivildienstes? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Beamtenverhältnis auf Zeit / Widerruf / Probe / Lebenszeit / Berufssoldat / Soldat auf Zeit *) ab _____

Dienststellung _____ Dienststelle _____
(Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)

☐ Beurlaubung ohne Dienstbezüge als Beamter / Soldat *) vom _____ bis _____

☐ Beendigung des Beamten- / Soldatenverhältnisses *) mit Ablauf des _____

4. **Selbständige ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Tätigkeit**

☐ Niedergelassen seit _____

☐ Praxisvertretung seit / vom _____ bis _____

☐ Freie Mitarbeit seit / vom _____ bis _____

☐ Tätigkeit mit Liquidationsrecht, Gutachter seit / vom _____ bis _____

*) Zutreffendes bitte unterstreichen

Bitte umblättern

5. **Stipendium** vom _____ bis _____

6. **Zeiten ohne berufsbezogene ärztliche, zahnärztliche oder tierärztliche Tätigkeit**

☐ Arbeitslosigkeit seit / vom _____ bis _____

Bezug von Arbeitslosengeld / Übergangsgeld / Arbeitslosengeld II *)

☐ Nein ☐ Ja seit / vom _____ bis _____

Agentur für Arbeit _____ Kunden-Nr. _____

☐ Krankengeld / Verletztengeld *) seit / vom _____ bis _____

☐ Mutterschutz vom _____ bis _____

☐ Elternzeit vom _____ bis _____

Ruht Ihr Arbeitsverhältnis während der Elternzeit? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit i.S.v. § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI vom _____ bis _____

☐ Keine Ausübung einer berufsbezogenen ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Tätigkeit aus sonstigen Gründen seit _____

Die Wiederaufnahme einer berufsbezogenen Tätigkeit im Zuständigkeitsbereich der Bayerischen Ärzteversorgung ist beabsichtigt:

☐ Innerhalb eines Jahres ab Einstellung der Berufstätigkeit

☐ Zu einem späteren Zeitpunkt bzw. überhaupt nicht mehr

7. **Sonstige Veränderungen und Bemerkungen:**

*) Zutreffendes bitte unterstreichen

Adresse für Versand im Fensterkuvert

Hinweis nach Art. 13 und 14 VO (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung):
Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist Art. 2 und 4 Abs. 1 BayDSG i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a), c) und e) DSGVO. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

An die
Bayerische Ärzteversorgung
81919 München

Formular zurücksetzen Formular drucken

_____ _____
Datum Unterschrift